

SYNDROME DE DIOGENE ET PERSONNES AGEES : CAS D'UNE FEMME RESIDANT AU CGGL (GABON)

Bernadine MATAMBA épouse NYAMA

Centre de recherche et d'études en psychologie (CREP-UOB)

Université Omar Bongo (Gabon)

bernmat19@gmail.com

Résumé

Le syndrome de Diogène chez la personne âgée est ici étudié à travers le cas clinique de Suzanne, résident au CNGG. La particularité de ce cas réside dans la compréhension de ce syndrome, de son comportement manifeste comme étant une traduction de ses conflits latents liés aux différentes pertes, deuils et de son angoisse inconsciente face à l'abandon, à la mort. Cette dernière serait la conséquence des pertes du rejet et du regard social à propos des personnes vieillissantes et de leur finitude inconcevable, qui, en tant qu'elle constitue pourtant la condition humaine, n'en reste pas moins déniée. Au-delà de la dimension intrapsychique de la personne âgée, une dimension sociale semble nécessaire notamment afin de rétablir le lien social car ce dernier peut favoriser le bien-être de la personne âgée et bien vivre sa vieillesse.

Mots clés : *personne âgée, angoisse de mort, dépression, fonctionnement psychique*

Abstract:

Our article explores Diogenes syndrome among the elderly, using the clinical case of Suzanne, a nursing home resident. The originality of our subject lies in the understanding of this syndrome, of the behavior exhibited by Suzanne as being a translation of his latent conflicts linked to various losses, bereavements and of his unconscious abandonment, anxiety about death. This anxiety could be the result of social losses, rejection and look about aging subjects and their unthinkable finitude, which, although it is an integral part of the human condition, is nonetheless denied. Beyond the intrapsychic dimension of the elderly person, a social dimension seems necessary in particular in order to reestablish the social bond because the latter can promote the well-being of the elderly person and live well in old age.

Keywords: *Diogenes syndrome, elderly people, death anxiety, depression, psychic functioning,*

Introduction

Dans le monde, le vieillissement de la population reste un phénomène sans précédent dans l'histoire de l'humanité. Certes, les « vieillards » ont toujours existé dans les sociétés humaines (Schmitt, 2005 : 96), mais le nombre de personnes âgées a profondément changé et la société aussi a évolué. Le vieillissement touche l'humanité toute entière. Il semble que, dans les pays dits « du Sud », le vieillissement se fait bien plus rapidement que ce qui a été observé au Nord (Pison, 2009 : 3).

Onanga (2019 : 176) rapporte que la population gabonaise, ayant atteint ou dépassé les 60 ans, était de 4,4 %. Cette évolution du nombre des personnes âgées n'est pas sans conséquences sur les politiques sociales de l'Etat et sur le fonctionnement des familles. Analyser cette situation présente un intérêt à plus d'un titre. Car selon Golaz et *al.*, (2012 : 80) leur nombre ne cesse de croître et continuera de manière inéluctable dans les années à venir. Toutefois, l'évolution se fait dans un contexte de précarité marqué par le désengagement familial qui devient très présent. Au Gabon, les personnes âgées ont commencé à constituer une timide priorité pour les politiques publiques avec l'avènement de la création du CNGG (centre de gérontologie gériatrie de Melen, Libreville). La prise en charge repose essentiellement sur la présentation de la carte d'identité, des conditions de vie et de l'état de santé physique ou mental des personnes qui ont atteint l'âge de 60 ans.

De ce fait, les problématiques liées au vieillissement, qui jusque-là étaient réservées aux sociétés les plus développées, touchent désormais l'ensemble des sociétés humaines. Ainsi, ce processus préoccupe et devient tout à la fois objet d'études pluridisciplinaires. La biologie, la médecine, la gérontologie, la gériatrie, la sociologie, la géographie, l'anthropologie, l'histoire, l'économie mais aussi la psychologie s'y intéressent.

En psychologie clinique par exemple, le vieillissement prend une place importante dans la société. Cette branche de la psychologie s'intéresse à la fois au vieillissement normal que pathologique. Elle cherche à connaître selon Monfort (2001 : 160) la condition psychologique de la personne âgée et son environnement personnel, familial et social. Cette condition est hétérogène. Il n'existe aucune spécificité psychologique des personnes très âgées, même si certains événements négatifs de vie (maladie, décès, etc.) sont statistiquement plus élevés chez elles. De ce fait, face à la pression des événements négatifs de vie, ou du fait de la perception de la proximité de ceux-ci, le moi est ébranlé traduisant ainsi, une très grande menace de la sécurité intérieure de la personne âgée.

Dès lors, le vieillissement suscite maintes interrogations : Comment prendre en compte la dimension intrapsychique du vieillissement chez les personnes âgées vivant en institution ? Comment la personne âgée va réaménager les conflits psychiques nés du vieillissement ?

Il paraît à la fois grossier et impossible de dresser la liste des thématiques scientifiques et sociétales liées au vieillissement, car en vérité, il n'est

qu'une représentation exagérée de la vie elle-même, transportant toutes les épreuves de la condition humaine.

Dressaire et Brouillet (2006 : 605) conjecturent que le vieillissement de la population définit si bien ce début de siècle qu'à la notion du troisième âge succède désormais celle du quatrième âge. Il s'accompagne de maints bouleversements qui se manifestent non seulement sur les plans social et physique, mais aussi au niveau psychique. De la sorte, la pluridisciplinarité autour de ce concept témoigne d'un sujet préoccupant pour la société en général et pour chaque individu en particulier.

Par ailleurs, de par son ampleur ce phénomène constitue donc, selon Terenzi Seixas (2012 : 56), un intérêt pour la recherche, car il touche toutes les sociétés de différentes manières. Néanmoins, des spécificités liées aux conditions dans lesquelles il se produit demeurent et peuvent être exceptionnellement variées. Ainsi, en fonction des milieux, des pays, des croyances, des représentations, des particularités économiques, culturelles et politiques, différentes perceptions du vieillissement existent. Monfort (2001 : 163) identifie cinq dimensions liées au vieillissement. Ce qui suppose que les personnes âgées sont un groupe hétérogène : tous les individus ne vieillissent pas de la même manière et le regard que nous portons à ce processus doit être lié au contexte gabonais.

Pour ainsi dire, le vieillissement est une évolution psychique qui ne se termine qu'avec la mort, en dépit des efforts de certains sujets pour freiner ou la combattre. Talpin (2011 : 47) observe que la personne âgée utilise, soit le mode du déni et/ou de la défense maniaque, soit celui des démences qui selon l'auteur constitue une stratégie de défense du Moi. Dès lors, le vieillissement normal ou pathologique va générer des manifestations cliniques liées à cet âge qui confrontent le clinicien au quotidien.

Des auteurs tels que Talpin (2011) ; Ducasse *et al.* (2011) et Marty *et al.* (2015) ont largement décrit plusieurs formes de psychopathologie et de maladies diverses. Ces auteurs conviennent tous que vieillir reste le dernier stade de développement psychologique de l'être humain. C'est un itinéraire difficile et complexe qui nécessite de la part du sujet un vécu singulier qu'il va appréhender selon sa personnalité, ses capacités, son histoire de vie et sa culture. Cependant, tout vécu fait appel à un travail de réaménagement psychologique qui va solliciter l'aptitude qu'à la personne âgée à remanier les conflits psychiques nés du vieillissement et

à intégrer les pertes vécues, non seulement liées au vieillissement qu'elles soient physiques ou psychologiques mais aussi aux pertes liées à plusieurs deuils.

Face à tous ces conflits, la personne âgée éprouvera de l'anxiété à gérer toutes ces restructurations, en particulier l'intégrité du Moi à se protéger pour empêcher l'effondrement psychologique, la décompensation (Monfort, 2001 : 165). Tout ceci, dans le but de pouvoir accepter son histoire, sa vie passée et présente sans nostalgie ni animosité. Ainsi, un travail de deuil de ce qu'on a été, de ce qu'on a vécu ou obtenu et un travail d'adhésion à ce qu'on est devenu avec ses points forts et ses failles est nécessaire. Il s'agit de tout un travail d'élaboration psychique de détachement « de la vie qu'on a vécu » afin d'admettre ce qu'on est devenu et préparer sa fin de façon plaisante et paisible : ce n'est qu'à ce prix qu'il peut être possible de bien vivre sa vieillesse en étant heureux.

Cependant, si ce n'est pas le cas, la personne âgée peut éprouver dégoût, découragement, désillusion, contrariété, déshonneur, humiliation, culpabilité, hostilité, bref. et sombrer dans un état dépressif qui peut entraîner une autre forme de pathologie comme nous le verrons plus tard. Si vieillir conduit le sujet âgé à vivre un affaiblissement de ses capacités du point de vue moteur, sensoriel, cognitif et psychologique, la résonance psychoaffective qu'il a de ces atteintes ainsi que la représentation sociale qu'il fait de celles-ci sont liées à une connotation symbolique en fonction de l'environnement culturel. Tout ceci suppose que vieillir n'a pas la même connotation sociale selon qu'on soit en Occident ou en Afrique.

Par conséquent, une articulation va se faire entre représentations sociales de la personne âgée véhiculées et renvoyées par chaque culture, société et vécu individuel. Il y aurait dès lors deux sociétés distinctes : une société occidentale qui véhiculerait une image floue et incohérente, en partie dépréciative et humiliante de la vieillesse particulièrement à travers le placement des personnes âgées en institution d'hébergement et une société qui traditionnellement bénissait, sacralisait la personne âgée.

D'ailleurs, le malien Hampathé Bâ (1960) n'a-t-il pas sacralisé le vieillard ? Cet auteur conjecture qu'en Afrique un vieillard qui meurt est une bibliothèque qui brûle. L'analyse de cet auteur place d'emblée le vieillard comme étant l'ultime conservateur de la connaissance d'où cette comparaison aux bibliothèques en référence aux multiples rayons reliés

entre eux par de liens invisibles qui sont précisément à la base de cette science de l'invisible autenthifiée par les transmissions initiatiques.

En Afrique, la personne âgée était au cœur du système social. Depuis les analyses pionnières de Balandier (1974 : 114) insistant sur la gérontocratie africaine, des études ont été menées sur les enjeux modernes liés au vieillissement des populations de l'Afrique. En Afrique subsaharienne par exemple, les familles étant plus élargies, le système de parenté et de solidarité familiale semble satisfaire les besoins de soins des personnes âgées. Un système de soins ou de solidarité spécifique ne serait donc pas nécessaire pour ces personnes pour le moment. Abondant dans le même que Hampathé Bâ (1960), Kouamé (1990 : 34) a montré l'importance des personnes âgées en indiquant qu'elles détiennent non seulement un capital symbolique mais aussi elles jouent un rôle important pour le bien-être d'autres groupes populationnels. Ainsi, elles continuent d'être respectées et soutenues même si la qualité et la quantité des soutiens évoluent en dents de scie, elles s'adaptent aux contextes du donataire et/ou du donateur.

C'est pourquoi Thomas (1991 : 8) observe qu'en Afrique, les vieillards sont indispensables en ce que spécialement, ils inculquent aux générations précédentes, aux jeunes, les valeurs traditionnelles. De plus, selon l'auteur, la vieillesse n'est pas vécue comme une déchéance en Afrique noire surtout dans les zones rurales, mais les vieux représentent plutôt, dans les sociétés à tradition orale, des symboles de continuité comme mémoire du groupe. Le vieillissement se pense avant tout en termes d'acquisition et de progrès.

Toutefois les bouleversements socio-économiques sont susceptibles d'affecter les conditions d'existence des aînés. La résultante étant que les investissements pour la personne âgée ne sont pas systématiques. Selon Kouamé (1990 : 36), si l'enfant estime que sa mère ou son père ne l'ont pas suffisamment soutenu dans son enfance et sa jeunesse, il est en même de leur refuser son soutien dans la vieillesse. Et comme, la solidarité familiale connaît des grandes mutations, la personne se retrouve seule et abandonnée.

Depuis les analyses pionnières de Balandier (1974 : 116) insistant sur la gérontocratie africaine, des études ont été menées sur les enjeux modernes liés au vieillissement des populations de l'Afrique. En Afrique subsaharienne, les familles étant plus élargies, le système de parenté et de solidarité familiale semble satisfaire les besoins de soins des personnes

âgées. Un système de soins ou de solidarité spécifique ne serait donc pas nécessaire pour ces personnes pour le moment. En effet, la personne âgée est au cœur du système social.

Tabboni (2006 : 58) a défini la vieillesse comme un temps qualitatif qui n'est pas seulement un temps de repos, mais un temps sacré de « renaissance des contacts avec le divin ». Quand on devient vieux, la vie active, « intramondaine », est relativement bannie et cède sa place à la religiosité encouragée. Tout ceci, suppose que la temporalité de la vieillesse est aussi celle de la préparation à la mort où le rapport avec Dieu est convoité. Ainsi, la vieillesse est censée impliquer une période de recueillement, ou encore d'ascèse, pour les personnes âgées. Dans cette perspective, leur participation à des causeries dans les corps de garde, les mosquées voire les églises, les visites aux malades, les pèlerinages aux lieux saints de l'islam et du christianisme sont valorisés. D'ailleurs, Bourdieu (1963 : 66) l'a déjà souligné en disant que toute la relation au futur est motivée par le souci d'entrer en « collaboration avec Dieu.

A travers ces auteurs, on voit bien que la vieillesse est donc un temps de renoncement aux projets, de la piété consolidée, de l'affermissement de l'autorité morale et du transfert du pouvoir décisionnel et économique des personnes âgées vers leur filiation - celle qui est en mesure de maintenir l'ordre hiérarchique dans la famille et d'en assurer la survie matérielle et morale. De fait, leur prise en charge selon Gning (2013 : 339) se fait suivant une distinction qui favorise les descendants (hommes) disposant d'une bonne situation socioéconomique, au détriment des femmes et des cadets. C'est une aide qui reste très normée et qui rappelle la détermination sociale des dons et services rendus aux parents.

Si nous revenons à Koumé (1990 : 43) qui a questionné le vieillissement en Afrique, nous nous rendons bien compte que même si les vieux africains sont toujours adulés, leurs pouvoirs d'antan tendent à disparaître. L'auteur souligne aussi que la valorisation dont bénéficiaient les personnes âgées est entrain de s'effriter par la modification des représentations sociales des personnes âgées. D'atan, vues comme des dépositaires du savoir, elles sont dorénavant perçues comme des personnes encombrantes. Nous pouvons bien comprendre que les personnes âgées ne trouvent plus au sein de la grande famille, l'accueil qui leur était réservé peut être du fait de la mutation de la famille, unité centrale : mutation sociale et économique, mutation qui se traduit par

l'adoption des comportements individualistes qui semblent marginaliser les vieux.

Pour ce qui est singulièrement du Gabon, avec le placement des personnes âgées en institution, c'est une autre étape qui a été franchie dans l'effondrement du lien social, familial et le vécu des personnes âgées. Ce point de vue est partagé par Berthé et *al.* (2003 : 368) qui affirme que dans la plupart des sociétés africaines, le rôle et la place qu'occupaient les personnes âgées se sont graduellement dégradés, cédant ainsi la place à la négligence, voire au désinvestissement par leurs propres familles et communautés. Vulnérables, ils deviennent des personnes nécessiteuses et sans domicile fixe en particulier dans les villes.

De plus, les auteurs ont observé qu'en Afrique subsaharienne, les personnes âgées ne constituent plus une priorité et qu'elles restent une population vulnérable prioritaire mais négligée par l'ensemble des acteurs principalement par les partenaires techniques et financiers des pays. Autrement dit, le temps où la personne âgée était sacralisée est révolue.

Assurément, la mondialisation et les modèles occidentaux qui sont devenus des normes dans les sociétés traditionnelles ont engendré de profonds bouleversements dont l'effritement de la vénération de la personne âgée qui autrefois pouvait jouir d'une position de choix, comme c'est le cas au Gabon. Ainsi, les contraintes sociales et économiques et combinées à l'individualisme croissant de la société ont amplement participé au changement de mœurs. L'image valorisante de la vieillesse qui a toujours caractérisé les sociétés africaines s'est éffritée avec pour conséquences l'abandon des personnes âgées. Cet abandon peut réactiver les conflits latents à l'exemple des différentes pertes auxquelles a été confrontée la personne âgée.

S'il est parfois associé à la croissance personnelle, le vieillissement s'avère plus généralement et fréquemment relié aux renoncements et à la perte. Dans cette logique, Freud (1925 : 150) fait référence au travail de deuil qui consiste pour le psychisme de se mettre alors au travail pour faire face aux différentes pertes, engager le processus de deuil et tenter d'inscrire une transformation de la souffrance éprouvée. Freud pose les bases du modèle psychanalytique du deuil, il décrit dans son célèbre article « Deuil et mélancolie » les différences entre le travail qu'opère l'endeuillé à propos de l'objet perdu (bien réel) et l'ignorance qu'a le mélancolique à l'égard de sa perte inconsciente (perte du moi).

L'essentiel du travail de deuil est représenté par le détachement douloureux des liens avec l'objet perdu. En référence à Freud, Ferrey et Le Gouès (2008 : 153), augurent que le vieillissement confronte « à la perte d'objet, à la perte de fonction et à la perte de soi ». Sur cette base, si le vieillissement renvoie à la perte, quel que soit son objet, il est donc nécessaire de pouvoir en faire le deuil au risque de compromettre la résilience du sujet. Dans ce sens, le narcissisme, élément de base de l'identité, est mis à rude épreuve au cours du vieillissement. C'est une véritable crise identitaire qui impose de faire le deuil de ce que l'on a été. Ce travail de deuil, selon Herfray (1985 : 49) prend naissance dans le fait de se voir vieux mais aussi dans le regard de l'autre. Même s'il existe une communauté de processus au cours du travail de deuil, la réalité est toute autre, elle montre que le vieillissement se définit par plusieurs pertes d'objets. Ainsi, il nous semble opportun de parler « des deuils » au pluriel plutôt que du deuil au singulier.

Aborder cette question nécessite de faire un retour sur le sens que recouvre le « travail du deuil ». Toute perte fait l'objet de remaniements douloureux visant à la dépasser, à ne pas s'y enliser en vain dans la crise liée à la perte. Tout compte fait, il apparaît que la crise identitaire est bien au cœur de la vieillesse, mettant à mal non seulement la question du narcissisme, mais aussi les représentations sociales. Ainsi, il est utile pour la personne âgée de faire le bilan de ce qui a été et de ce qui n'est plus et de s'engager dans un travail de remaniement afin de pouvoir s'engager dans la vieillesse de manière sereine. C'est en ce sens qu'elle peut légitimement être considérée comme une véritable période de crise qui peut ou non être dépassée selon les mécanismes de défense et d'adaptation mis en place.

Sur cette base théorique, l'objectif de cette recherche est de montrer que le vécu du placement en institution d'une personne âgée ne favorise pas le travail de réaménagement psychologique capable de solliciter son aptitude à remanier ses conflits psychiques nés du vieillissement et à intégrer les pertes vécues, non seulement liées au vieillissement qu'elles soient physiques ou psychologiques mais aussi aux pertes liées à plusieurs deuils. Ainsi, nous posons comme hypothèse que la perte consécutive au placement associée aux pertes antérieures sont sources de souffrance psychologique qui s'exprime par le syndrome diogène chez la personne âgée.

C'est donc une problématique sociale et clinique préoccupante que nous soulevons à travers l'hébergement des personnes âgées vivant en institution au Gabon surtout celles qui ont vécu plusieurs pertes avant d'être pensionnaires.

1. Méthodologie

Nous nous situons dans cet article dans une démarche compréhensive. Partir du vécu du sujet âgé représente une tentative d'appréhender le vécu des personnes âgées admises au Centre national de gérontologie-gériatrie de Melen à Libreville au Gabon. Nous voulons montrer que dans cette situation, la question du Soi, de l'identité est centrale. Car dans ce contexte, elle est en lien avec la famille, la société, la culture dans ce sens que la culture reste un appui pour tout sujet qui se soutient.

Par ailleurs, cette recherche, à travers ce qui est observable et décrit par le vécu des personnes âgées en institution, tentera de voir si elle reflète bien une réalité spécifique. Ainsi, le présent article a une visée pratique dans la mesure où les conclusions pourraient aider à améliorer d'une part, la problématique sur les débats publics et politiques, et d'autre part, promouvoir la qualité de vie de ces personnes dans une meilleure adéquation entre besoin et prise en charge surtout que les recherches sur le vieillissement sont très rares au Gabon.

Une méthodologie qualitative à travers l'étude de cas est optée, c'est la méthode la plus appropriée dans un thème qui touche aux réaménagements intrapsychiques.

1.1. Participant

Définir une population étudiée peut être une tâche périlleuse singulièrement lorsqu'il est question d'un groupe extrêmement hétérogène. En effet, nous nous intéressons aux personnes âgées hébergées au Centre national de gérontologie-gériatrie de Melen à Libreville au Gabon. Dans cette institution, nous avons retenu une femme atteinte de troubles de l'humeur avec la dépression au premier plan qui est l'un des signes cliniques caractérisant le syndrome de Diogène chez la personne âgée. Dans un premier temps, nous étudierons ce cas en commençant par une brève présentation puis nous donnerons plus de détails quand nous allons analyser le Cas et terminer par une discussion.

Il s'agit d'une femme âgée d'environ 68 ans. Elle est résidente au Centre national de Gérontologie-Gériatrie de Melen à Libreville au Gabon. Nous l'appelons fictivement Suzanne pour garantir l'anonymat et le secret professionnel. Cette personne âgée a été choisie suite à un vécu de souffrance observé par notre étudiante en situation de stage dans le dit centre. Ainsi, nous voulons comprendre si cette souffrance psychologique est liée au placement en institution ou pas. Plusieurs entretiens cliniques ont été passés à notre sujet en vue de procéder à l'étude de cas.

1.2. Matériel

Cet article s'appuie sur une étude de cas par le truchement de l'entretien semi-directif. C'est une étude qualitative dont l'objectif est la compréhension plus fine du syndrome de Diogène chez la personne âgée vivant en institution au Gabon. Trois entretiens ont été effectués. En effet, ils se sont déroulés au centre national de gérontologie-gériatrie de Libreville. Tous les entretiens ont été effectués dans la chambre de la patiente vu son handicap. Dès le premier entretien, elle a été envahie par une vague d'émotions (pleurs, tristesse) incapable de sortir des paroles de sa bouche. C'est alors que nous avons décidé d'un commun accord de se contenter de la rubrique signalétique.

A la deuxième séance, Suzanne étant plus rassurée, elle nous a entretenu d'emblée sur sa vie et les circonstances du décès de ses filles. Durant ces deux derniers entretiens, la patiente raconte comment elle a été persécutée suite au décès de ces filles en l'accusant d'en être responsable. Son histoire de vie est émaillée de plusieurs pertes : d'abord la perte de ses filles, la perte de la mobilité, la perte de sa maison par incendie, la perte de ses documents administratifs. Au dernier entretien l'accent a été mis sur l'abandon par sa famille et le placement qui s'en est suivi. Cette évocation a permis davantage à notre cas d'exprimer ses émotions, sa souffrance relative aux différentes pertes vécues. Elle raconte avec beaucoup d'émotions comment elle vit l'abandon de sa famille, le placement mais aussi le manque affectif lié à l'absence totale de sa famille et surtout de sa fille et ses petits-fils. Aussi, elle évoque avec regrets des souvenirs de son enfance, de sa jeunesse et de son âge adulte juste avant tous les événements négatifs de vie.

Cette étude s'est attachée à analyser en profondeur un fait et en saisir le sens à partir de l'écoute de la parole de Suzanne en tant que sujet de

recherche avec qui nous avons pu rendre possible la co-construction du savoir (Paillé et Mucchielli, 2012 :125). Elle visait non seulement à étudier les verbalisations de la personne âgée, mais proposait un dispositif impliquant différents temps et prise de parole à travers les entretiens potentiellement transformateurs, dans la mesure où ils ouvraient des espaces au sein desquels elle pouvait se penser à partir d'une écoute d'elle-même et du psychologue. L'ayant rencontrée au centre de gérontologie-gériatrie et dans son contexte institutionnel, nous avons veillé toutefois à mettre en place des espace-temps spécifiques à l'intérieur de l'institution, où elle pouvait se sentir en confiance, en l'encourageant en même temps par notre regard et écoute analytiques qui lui permettent de parler, de s'écouter et de réfléchir à ce qu'elle vivait dans ledit service.

Le dispositif comprenait un entretien individuel semi-dirigé approfondi (Cyssau, 2003 : 99) variant de trente minutes à environ une heure. La consigne l'invitait à parler de son expérience vécue et était complétée de questions ouvertes, si besoin de relance, permettant d'explorer ses affects et attentes par rapport aux pertes, à l'abandon et au placement en institution. Il s'agissait de comprendre les enjeux psychologiques de toutes ces pertes vécues. De ces entretiens en profondeur ont été retracés une histoire de vie.

Toutes ces informations précieuses sur la dimension intrapsychique de Suzanne ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique car, elle permet de comprendre, de classer, d'analyser les divers récits d'entretiens. Bardin (1988 : 39) la définit comme un ensemble de techniques d'analyse, de communication utilisant une procédure systématique et objective de description de message.

2. Résultats et discussion

2.1. Présentation et analyse thématique du cas Suzanne

2.1.1. Vignette clinique : cas Suzanne

Sujet féminin Suzanne dont l'âge varie entre 68 et 70 ans, vit au Centre depuis trois ans. Au début elle pensait n'être là que pour un temps, le temps qu'un membre de sa famille vienne la reprendre. Voilà que trois ans après, elle est toujours au Centre et sa cousine qui venait lui rendre visite au début ne vient plus. Elle est veuve depuis plusieurs années et

mère de cinq filles : quatre filles décédées, l'une par accident il y a plus de 15 ans, la seconde est décédée il y a environ 10 ans de suite du VIH, la troisième succombe suite à un malaise cardiaque il y a 6 ans. Entre le second décès et le dernier, une autre de ses filles est décédée de façon mystérieuse. Il lui reste une fille de 45 ans avec qui elle a une relation conflictuelle et des petits-fils avec qui elle est en conflits.

Suite à ces multiples décès, elle est accusée d'avoir été à l'origine de la mort de ses filles. Elle est conduite au centre par sa cousine suite au conflit avec ses petits enfants qui avait mis le feu dans la maison. Suzanne a tout perdu (documents d'état civil et effets personnels). Après le dernier décès, elle a commencé à souffrir de l'hypertension artérielle et des troubles de l'humeur.

Elle refuse toute aide surtout pour les soins d'hygiène et l'entretien de sa chambre. Le sujet parle peu et s'est de plus en plus repliée sur elle-même. La patiente est incurique, sa chambre est insalubre : il existe une importante accumulation d'objets et de détrit. D'un point de vue somatique, il y a un handicap moteur au niveau du pied gauche qui l'empêche de se déplacer, l'alimentation semble anarchique avec un risque majeur d'infections. Chez Madame Suzanne, nous relevons une intolérance à la frustration, une rigidité psychique et une tendance à la méfiance. Il ressort également de l'entretien un syndrome dépressif progressif avec repli sur soi depuis le décès de sa fille suite à un malaise. Sa maladie a rapidement progressé par conséquent, son état s'est détérioré en très peu de temps. On note une détérioration rapide de l'état général de la patiente qui se nourrit d'aliments décomposés, qui s'accompagne d'un refus de soins, de plaintes multiples, d'un repli sur soi et des idées morbides de suicide. Nous pouvons observer un collectionnisme des objets. Sa cousine qui lui rendait visite au début de son placement l'a abandonnée deux mois après jusqu'à ce jour.

D'un point de vue psychiatrique, le syndrome de Diogène fait suite à la mort de sa fille suite à un malaise, vécu de manière très traumatique.

2.1.2. Analyse thématique et commentaire du cas Suzanne

Les entretiens avec Suzanne ont permis d'analyser le syndrome de Diogène développé suite à son hébergement au CNGG. En effet, il semble que les différents deuils et pertes vécus ont occasionné une souffrance psychique. Ainsi, le repli sur soi, l'angoisse d'abandon/de mort et la dépression sont corolaires aux deuils et pertes.

Fromage (2021 : 36) définit le deuil comme une réaction à la perte d'un être proche, et par extension, à tout objet qui occupe une place importante dans la vie de la personne. Chez le cas de l'étude, les deuils et pertes ont laissé en elle une profonde tristesse qui est renforcée par le placement en institution et l'absence de visite. Suzanne évoque avec beaucoup d'émotions la vie de deux de ses filles décédées il y a des années :

« J'étais fière de mes deux filles. La première qui est décédée était douce et avait un cœur aimant, elle ne m'aurait pas laissée ici, ... La deuxième décédée aussi était comme sa sœur, elles avaient le même caractère ».

La perte d'un proche engendre naturellement le travail de deuil. En réaction à la perte, la tristesse est une manifestation rencontrée dans la majorité des cas et a pour fonction de régler le conflit psychique qui s'installe à l'occasion du décès d'un proche. Ce processus a pour but de favoriser l'adaptation à cette nouvelle situation lourde de sens et de conséquences. Cependant, Suzanne est envahie par une profonde tristesse depuis le décès de ses filles.

Sur le plan clinique, observer le vieillir peut permettre de voir comment certaines personnes âgées au lieu d'affronter l'adversité, le cruel préfèrent se laisser aller en exprimant plus ou moins directement, un désir de mourir, une angoisse de mort. A ce propos, Suzanne dira :

« De toute façon, je suis entrain de partir à petit feu, je meurs doucement. Tout ce qui avait en moi s'est éteint, c'est comme un feu où la flamme s'éteint doucement s'il n'y a plus de bois. C'est normal pour mon âge, qu'est-ce que ce feu attend pour s'arrêter complètement, ... J'ai appris la mort d'un homme qui vivait ici et pourtant sans histoire cet homme ».

Il est en effet possible que l'angoisse de mort soit due à toutes les pertes matérielles et symboliques auxquelles elle fait face, qui la confrontent à sa condition de sujet impuissant et, in fine, à son décès inévitable. Les relations familiales, sociales et affectives ont été graduellement et systématiquement désensibilisées. N'est-il pas question d'une primauté de thanatos sur éros ? Son état de santé au regard de l'état dépressif présenté prend ancrage sur une humeur triste qui l'envahit. Elle dira :

« Ce serait bien que quelqu'un vienne m'achever, pourquoi mes petits-fils ne viennent pas en finir avec moi, j'en ai marre je veux partir de ce monde et aller retrouver mon

mari » ; ou encore : « cette vie me fatigue, qu'est-ce que je fais là ? ».

Les idées noires de Suzanne sont consécutives à son état de santé qui se dégrade et au désinvestissement de la famille. Tout ceci place le sujet dans un sentiment d'abandon qui l'a conduite à être placée au centre gérontologique-gériatrique. Ainsi, l'angoisse d'abandon et de mort la fragilise davantage et renforce son vécu traumatique lié surtout à la mort de ses filles provoquant ainsi un syndrome de Diogène.

De plus, vieillir, c'est faire le deuil de la jeunesse alors même que celle-ci est survalorisée. Le corps qui vieillit ne vieillit pas silencieusement. Il modifie irréversiblement l'image de soi et l'image que l'on renvoie aux autres par les transformations extérieures liées au corps qui contribuent à la prise de conscience de son âge avancé. Vécues péjorativement, elles participent à la fragilisation de l'image de soi et à l'acceptation de ce que l'on devient, remettant en cause l'amour et l'investissement de soi. Suzanne souffre de l'altération physique de son corps notamment du handicap acquis suite à une maladie. Lorsqu'il fait souffrir, lorsqu'il défaille, lorsque le corps est malade, il s'apparente alors au corps déplaisir. Voici ce qu'elle dit : « mon corps ne vaut plus rien, handicapée je suis clouée sur ce lit sans rien faire ».

Par ailleurs, Suzanne révèle avoir perdu toute confiance en sa fille, ses petits-fils et en sa cousine depuis qu'ils l'ont rejetée, notamment depuis que les petits-fils ont incendié sa maison. Elle ne les considère plus comme des personnes de confiance. Elle nous explique :

« Et pourtant ma vie était agréable, un mari, des enfants, et puis tout d'un coup on commence à perdre des choses, c'est triste d'échouer dans sa vie, j'ai tout perdu, mes filles décédées, mes documents, mon corps handicapé maintenant. Je n'ai plus de famille ».

Après cette explication, Suzanne se plaint de son état de fatigue et met fin à l'entretien. Nous comprenons ici que l'envahissement émotionnel l'entraîne du côté du regret, ce qui tend à la fatiguer. La culpabilité et le sentiment d'échec paraissent encore vifs, et perturbent l'évocation, chaleureuse du départ, de sa vie en couple avec des enfants.

Cette ambivalence est présente dans le récit de Suzanne concernant son passé, et notamment sa vie familiale. Elle la décrit comme ayant été une de ses plus grandes fiertés : « j'étais contente de ce que j'avais avant », description qui contraste avec son sentiment d'échec actuel. Elle

considère qu'après tant de sacrifices à élever les enfants et petits-enfants, elle ne mérite pas cette vie. C'est pourquoi elle a vécu et vit toujours ces pertes et deuils comme « des expériences très marquantes. Elle explique qu'elle aurait dû mourir à la place de ses filles, sorte de tableau clinique de la culpabilité du survivant. Elle explique qu'après l'assassinat de sa fille, elle ne voulait plus monter dans une voiture, elle préférerait marcher. Cette action pourrait s'entendre comme un passage à l'acte de la part de Suzanne, qui refuserait, suite à la mort de sa fille décédée mystérieusement, inconsciemment de prendre un taxi à son tour et de risquer sa vie. Elle serait également à mettre en lien avec son angoisse de mort latente, ou au contraire, à comprendre comme une autopunition pour avoir survécu.

In fine, toutes les manifestations décrites sont le signe d'une forte angoisse de mort ressentie par le cas. Tout compte fait, la mort quitte son statut de simple concept et devient totalement appropriée par Suzanne, qui en fait une affaire personnelle. Nous convenons avec Bacqué (2004 : 47) que la mort devient une réalité avec laquelle elle doit composer dans la mesure où il s'agit progressivement de renoncer à la vie. Ce renoncement implique d'accepter de se détacher de la vie, sans la désinvestir pour autant, de manière active et progressive plutôt que de subir la mort de façon passive.

Pour le reste, le syndrome de Diogène peut être décrit comme une manifestation de la dépression. En effet, le collectionnisme dans la chambre de plusieurs objets inutiles suppose que Suzanne entasse dedans ce qu'elle récolte dehors et remplit son intérieur pour combler le vide d'une existence qui se dégrade et perd son attrait narcissique (Hanon, 2014 : 318). Aussi, à côté de l'accumulation pathologique des objets, cette patiente semble avoir un rapport pathologique au corps avec incurie majeure. En plus de cette incurie, elle entretient un rapport pathologique aux autres avec misanthropie et pauvreté du réseau social. Ainsi, le syndrome de Diogène témoigne d'une souffrance psychique qui consiste à supporter, éprouver, endurer quelque chose de pénible. Suzanne souffre de la situation actuelle qui la dégoûte et la conduit à penser que sa vie n'a plus aucun sens. Autrement dit, elle ne sait plus comment faire face à la situation de pertes et au désengagement de sa famille, du coup elle ne s'intéresse même plus à son hygiène de vie. La perte d'intérêts pour soi-même et les relations sociales distantes avec les autres pensionnaires et même avec le personnel soignant le témoignent. Ainsi,

les différentes pertes et le désengagement familial qui se termine par l'hébergement au CNGG constituent un itinéraire chaotique pour le cas de l'étude qui a occasionné un retrait social chez elle.

Au-delà de l'état dépressif et de la souffrance psychique, le retrait social rend bien compte de ce dégoût de la vie. Voici ce qu'elle raconte :

« Il n'y a rien d'intéressant, bah mieux je passe mon temps dans ma chambre couchée sur mon lit comme vous voyez là à contempler tous les objets là..., je fais tout ici, les autres et le dehors n'existent plus ».

Le retrait social semble traduire le mal être de Suzanne (Ernst et *al.*, 2009 : 38). C'est une pathologie comportementale qui la pousse à vivre enfermée dans un petit espace : sa chambre. Le retrait social étant l'un des symptômes saillants, il apparaît comme un signe clinique typique de la souffrance psychique du sujet.

En outre, l'indifférence familiale a eu une répercussion psychologique ayant renforcée une profonde tristesse qui nourrit l'humeur dépressive. Un vécu mélancolique est perceptible à travers le passé qu'elle ressasse et les interrogations liées à son placement qu'elle pense définitif, car même la personne qui venait la visiter ne vient plus. Il y a là une forme d'incompréhension face au placement en institution qui la plonge dans un état dépressif.

Les signes cliniques que présente Suzanne ont permis à l'équipe soignante, pluridisciplinaire du centre de diagnostiquer un syndrome de Diogène que nous confirmons à travers l'analyse de cette symptomatologie. Le syndrome de Diogène qui peut être déclenché selon Bonin et *al.* (2017 : 180) par des événements physiques ou psychiques trouve son étiologie ici à travers le travail de deuil non accompli des pertes vécues par Suzanne. En effet, l'angoisse d'abandon/de mort et la dépression détectées chez le sujet sont nées des différentes pertes (décès de ses filles) et elles sont alimentées par le placement institutionnel et l'abandon familial. Tout ceci augure d'un vécu traumatique surtout pour une personne qui a eu des enfants.

En Afrique subsaharienne, les personnes âgées étaient au centre du système social. Il est impensable pour un vieillard africain d'être abandonné par les siens, car le système de parenté et de solidarité familiale, comme l'a rappelé Kouame (1990 : 30), semblait satisfaire les besoins de soins des personnes âgées. Elles détiennent non seulement un

capital symbolique mais aussi, elles jouent un rôle important pour le bien-être d'autres groupes populationnels. Or, pour Suzanne, ce système de parenté et de solidarité s'est effrité la laissant seule dans sa solitude. On peut alors comprendre qu'elle ne s'intéresse plus à sa vie et le fait d'entasser les objets inutiles suppose qu'elle cherche à combler un vide ressenti en elle. Touchée psychologiquement, Suzanne ne manifeste plus un intérêt particulier à vivre ; pour elle, la mort serait le seul moyen de la délivrer de son nouveau mode de vie. Toutes ses illusions sur la famille sont perdues, ce qui l'a conduite dans un état dépressif majeur et l'installe dans un syndrome de Diogène qui pourrait menacer indéniablement sa vie en institution.

2.2. Discussion

Discuter de nos résultats renvoie d'une part, à faire le point sur les résultats obtenus et leur rapport avec notre hypothèse de départ, et d'autre part, à comparer ces résultats avec ceux issus de la littérature convoquée. Cette recherche avait pour objectif de montrer que le vécu du placement en institution d'une personne âgée ne favorise pas le travail de réaménagement psychologique capable de solliciter son aptitude à remanier les conflits psychiques nés du vieillissement et à intégrer les pertes vécues, non seulement liées au vieillissement qu'elles soient physiques ou psychologiques mais aussi, aux pertes liées à plusieurs deuils.

Les constats suivants relatifs à aux résultats sont faits. D'un côté, ils fournissent des éléments de réponses pertinents qui nécessitent d'être discutés. Bien sûr Thomas (1991 : 8) faisait état de l'inexistence d'hébergements pour les personnes âgées en Afrique noire aujourd'hui, nous constatons que c'est un fait dépassé avec notamment la création du Centre national de gérontologie-gériatrie au Gabon même si des critiques peuvent être formulées en matière de politique publique. Assurément, l'individualisme grandissant de la société et certaines réalités, contraintes sociales et économiques ont largement participé au changement de mœurs, valeurs et remettant en cause l'affirmation de Thomas. Le cas Suzanne témoigne bien de ce désengagement sociétal.

D'autre part, l'approche méthodologique adoptée a permis de dégager suffisamment d'informations sur la dimension intrapsychique de la personne âgée vivant en institution. Les études antérieures portant sur les personnes âgées ont fait un lien entre les différentes pertes d'objet et

la vulnérabilité de ces dernières (Monfort et al., 1994 ; Monfort, 2001 ; Talpin, 2011 ; Marty et Marcelli, 2015). Ces études traitent du vécu ou décrivent les problèmes de santé mentale rencontrés chez les personnes âgées. D'où notre réflexion autour du syndrome de Diogène. De ce fait, les données obtenues à partir de l'entretien clinique et de l'histoire de vie du cas ont permis de décrire la dimension intrapsychique de Suzanne. Ainsi, notre hypothèse selon laquelle la perte consécutive au placement associée aux pertes antérieures sont sources de souffrance psychologique qui s'exprime par le syndrome de Diogène chez la personne âgée est confirmée.

Même si sur le plan psychopathologique la survenue d'un syndrome de Diogène est peu décrite dans la littérature, il paraît intéressant de rechercher les liens éventuels avec l'histoire personnelle de Suzanne. On peut tout de même discuter en tenant compte des résultats de notre recherche. Les différentes pertes, les deuils survenus au cours de la vie semblent avoir plongé Suzanne dans une tristesse mélancolique. Ainsi, nous convenons avec Hanon (2014 : 318) que les objets entassés dans la chambre viennent remplir l'intérieur du sujet afin de combler le vide d'une existence qui se détériore et qui perd son attrait narcissique. Le penchant pour la conservation d'objets pourrait être le signe d'une toute-puissance motivée par la volonté de maîtriser l'environnement afin de dissimuler, pour parler comme Bacqué (2004 : 46), la peur de manquer et de perdre « ses derniers atouts ».

En général, cette crainte de la perte pourrait aussi renvoyer à la peur de perdre la mémoire, la santé, et même la vie. Tout ceci traduirait peut-être l'existence d'un lien entre la régression psychique du cas (liée à son vieillissement) et son angoisse de castration infantile, notamment concernant la peur de se voir dérober quelque chose, que l'on pourrait interpréter comme une matérialisation de son angoisse de castration. Il est ainsi envisageable que le syndrome de Diogène développé par Suzanne témoigne de comportements phalliques, Suzanne étant inconsciemment en quête d'une certaine maîtrise face à la situation qui lui échappe, spécialement la condition de sujet mortel. La condition de sujet mortel l'amène à faire face à la limite de sa toute-puissance, de sa propre volonté et plus généralement de la condition humaine à laquelle elle appartient.

En effet, au fur et à mesure de la diminution de l'efficacité du sujet, l'affectivité prend une place différente, elle ne peut plus s'étayer sur ce

corps qui ne remplit plus son office et qui apporte, généralement, plus de souffrances qu'il procure de déplaisir. Sur ce, peut apparaître un étayage sur une image de la personne « hors temps », sur une image qui serait « de toujours » et dont les « souvenirs d'enfance » par exemple constituent le support. Suzanne a raconté son histoire de vie comme si elle y était encore. Ces souvenirs immuables, certainement, témoignent d'une toute-puissance infantile. D'ailleurs, Borgy (2005 : 5) associent les souvenirs de la personne âgée à une toute puissance infantile. Ces souvenirs défient le temps et sont là présents comme au premier jour, comme si le déni de la réalité prenait le dessus sur la réalité. Il empêche alors l'élaboration de la perte et confine le sujet dans cette remémoration stérile qui pourra, comme le cas de l'étude, confiner la dépression si, dans la perception du moi, elle prend la place de la réalité.

Les questions de perte d'objets et du deuil ont été abordé par Chebili (1998 : 36). Suzanne a vécu successivement la mort de son mari, puis celle de sa fille aînée, ensuite celle de trois autres de ses filles, enfin le handicap moteur. Il est aussi à souligner qu'elle a perdu sa maison et tous ses documents suite à un incendie et que sa cousine avec qui elle était en contact ne lui rend plus visite. Toutes ces pertes répétées associées au placement dont elle a fait l'objet l'ont exposée à des blessures narcissiques et ont engendré une défaillance du Moi-peau dans sa fonction contenant. Pour Anzieu (1995 : 102), le Moi-peau renvoie à une structuration de l'appareil psychique, fondée sur le principe que « toute fonction psychique se développe en appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental ». De la sorte, grâce à l'organisation du Moi-peau en double paroi, la relation contenant-contenu est préservée, le Moi psychique reste intégré dans le Moi corporel. Or, chez le cas de Suzanne, les différentes pertes ont dépossédé son Moi-peau de sa fonction principale. Il semble que les pertes soient vécues comme une menace perpétuelle de destruction, une angoisse d'abandon/de mort. Ainsi, face à cette angoisse, Suzanne développe un syndrome de Diogène pour tenter de « remplir » un Moi menacé. Il paraît alors intéressant de mettre en lien l'oralité et les attitudes de remplissage du cas et le syndrome de Diogène actif tel que décrit par Hanon (2014 : 319), où les patients remplissent activement l'intérieur de leur domicile pour combler le vide d'une existence qui se dégrade et qui perd son attrait narcissique.

De surcroît, le placement en institution reste un facteur déclencheur du syndrome de Diogène. Ainsi, le placement est un élément déstabilisateur dans le parcours de vie de Suzanne. C'est une effraction psychologique, un traumatisme qui ébranle la Psyché favorisant ou amplifiant chez ce cas, un syndrome de Diogène. Il semble que le syndrome de Diogène représente une conduite régressive, un état de désorganisation psychosomatique, qui souligne un état post-traumatique. Nous rapprochons cet état aux troubles de l'humeur avec en premier lieu la dépression (tristesse, repli sur soi, incurie, cumul d'objets). La dépression l'a conduite à s'isoler et vivre dans des conditions d'extrême négligence au plan de l'hygiène et de sa chambre.

Au final, il semble pour notre part qu'avec le placement, la perte des repères est visible chez le cas de l'étude. Aussi, un effondrement narcissique est perceptible signe de multiples deuils non accomplis, des pertes à accepter signe d'une véritable déchéance identitaire du fait du rejet et du vécu en institution qui débouchent sur une psychosomatisation sur un mode pathologique. Ainsi, ce fonctionnement devenant pathologique, la culpabilité prend le dessus et conduit au syndrome de Diogène qui selon nous renvoie à une atteinte narcissique. La sensation de continuité étant altérée chez Suzanne, on pourrait voir, dans ce type de comportements, un mécanisme permettant d'appréhender les limites du corps de l'extérieur dans le cadre du syndrome de Diogène actif comme l'a souligné Hanon (2014 : 318).

Baratta et Bénézech (2010 : 370) rapprochent le syndrome de Diogène au comportement de collectionnisme, par lequel le patient conserve des objets hétéroclites en prévision d'une utilité future potentielle. Cette approche nous semble intéressante pour le cas de cette recherche, qui se plaint du manque d'affection de ses proches à son égard et d'avoir fait face à multiples pertes. Ces pertes l'ont conduite à un effondrement narcissique et parallèlement à conserver des objets déjà utilisés par nécessité vitale.

Au final, la vie au centre confronte le cas à sa propre mort. D'une part, face à son ressenti de mort prochaine, Suzanne se réfugie parfois dans un discours religieux (« seul Dieu connaît le jour de ma mort, il a le contrôle sur ma vie, donc ma mort »). Elle semble se référer à Dieu comme la seule entité à même de contrôler et de reprendre en main ce qui reste de sa vie, qui pour elle apparaît condamnée. Alors, face à l'impuissance devant cette mort imposée, elle se réfère à Dieu pour toutes

ces inquiétudes liées à la mort, comme si elle n'avait pas besoin de l'aide d'une autre personne, mais plutôt la pitié du Temps. D'autre part, cette confrontation est vécue comme une menace de castration venant de l'extérieur, et qui déclenche l'angoisse et les mécanismes de défense pour s'en protéger. Dans le contexte spécifique du CNGG, la mort et la perte des autres autour du sujet évoque sa propre mort à venir et réactive donc l'angoisse de mort sous-jacente.

C'est pourquoi Bacqué (2002 : 98) souligne que tout deuil provoque la remémoration d'un deuil originel, celui de la séparation d'avec la mère, ce qui suppose que toutes séparations avec l'âge renvoient à la perte de soi. De ce fait, la perte provoquerait des attitudes de retrait, d'inhibition ou d'évitement et, pour De M'Uzan (1997 : 112) toutes ces pertes, qui se surajoutent à l'isolement et à la conscience du vieillissement, favoriseraient la régression et le désinvestissement du sujet envers le monde extérieur.

De ce fait, le retrait relationnel trouve son sens. La personne âgée qui cherche à exprimer son angoisse face à la mort fait face au manque de mots pour représenter son ressenti. La représentation que l'on se fait de la mort ne suffit pas à exprimer tous les affects qui restent pour la majorité inconscients, refoulés, car ils ne sont psychiquement présents que sous la forme d'une représentation de chose, inaccessible à la conscience. Siboni (1991 : 24) compare les personnes âgées aux sujets en situation de migration, qui connaissent tous deux l'exclusion, la solitude, le déracinement, le regret du retour impossible au temps où ils étaient autonomes. C'est donc, de notre point de vue, une arrivée certaine et fatale de la mort qui est vécue par la personne âgée comme une violence, une injustice, un échec d'une existence.

Conclusion

Cet article montre que l'existence humaine paraît imparfaite et troublée autour de la personne âgée, à l'aune de cette authentique étape de transition existentielle qu'est la vieillesse. Certaines angoisses se réélaborent, des aspects de la personnalité se réaménagent tout comme les défenses habituelles. En d'autres termes, c'est la façon d'être au monde de la personne qui se voit modifiée, malmenée, questionnée. L'individu se sent infécond mais désire inconsciemment maîtriser

quelque chose de ce changement. L'angoisse devient la peur et engendre des symptômes qui viennent témoigner de l'angoisse de mort.

De cette lecture clinique, il semble opportun d'évoquer la dimension sociale d'une telle étude. En effet, entrer en structure d'hébergement collectif est une autre forme de réaménagement de la vie sociale de la personne âgée

Au-delà des aspects cliniques, n'est-il pas nécessaire d'évoquer le tissu social comme facteur pouvant favoriser le bien-être de la personne âgée ? Les professionnels et la personne aidée ont besoin de mettre du sens sur ce qui se passe afin de ne pas rester bloqués sur un ou des points de désaccord et être en mesure de dépasser ou désamorcer les conflits que vit le vieillard.

L'écoute des personnes âgées permet de déduire l'absolue nécessité des liens entre le vieillard et sa famille. Il semble alors important de rétablir le tissu social des personnes afin de leur permettre de « bien vieillir ». L'enjeu social du sujet âgé serait d'avoir non seulement une meilleure connaissance du processus de vieillissement, mais aussi de rétablir le lien social. De ce point de vue, les connaissances sur le vieillissement concourent à l'élaboration d'une « culture du vieillissement », car elles créent des ressources culturelles pour ceux qui vieillissent, susceptibles de leur permettre de mieux affronter les épreuves qui jalonnent l'avancée en âge. Une telle culture peine cependant à émerger de nos jours, parce que le vieillissement est envisagé comme un processus contre lequel il faut lutter et non comme une réalité qu'il est nécessaire de penser afin de mieux vivre.

De ce fait, à l'instar de Baltes (1997 : 106), les personnes âgées ont, d'un côté, un ennemi (leur équipement biologique qui se dégrade au cours du temps) et, de l'autre, un allié possible (l'environnement social et culturel) qui peut, non seulement contribuer à leur assurer des conditions d'existence plus favorables, mais aussi les aider à donner du sens à ce qu'elles vivent.

Références bibliographiques

Anzieu didier, 1995, *le moi-peau*, Paris, Dunod

Bacqué Marie-Frédérique, 2014, « L'angoisse de mort dans le vieillissement. Pratique analytique avec des personnes de plus de soixante-dix ans », *Le Carnet PSY*, vol 180, n°4, p. 45-49.

- Bacqué Marie-Frédérique**, 2002, *Apprivoiser la mort*, Paris : Odile Jacob.
- Balandier Georges, 1974, *Anthropologiques*, Paris, PUF.
- Baltes Paul** 1997, « L'avenir du vieillissement d'un point de vue psychologique : optimisme et tristesse », *L'espérance de vie sans incapacités*, dirigé par J. Dupâquier, Paris, PUF.
- Bardin Laurence**, 1988, *Analyse de contenu*, PUF.
- Baratta Alexandre et Bénézech Michel**, 2010, « Clausturation et collectionnisme : réflexions à propos d'un de syndrome de Diogène avec vols kleptomaniaques et vengeurs », *Ann Med-Psychologiques*, vol. 168, n°5, p. 367-372.
- Barreyre Jean-Yves**, 2009, « Les situations de fragilité d'origine psychique au-delà de la barrière des âges, Les troubles psychotiques graves et la maladie d'Alzheimer », *Vie sociale*, vol. 1, n° 1, p. 103-121.
- Berthe Abdramane, Berthe-Sanou Lalla, Konaté Blahima, Hien Hervé, Tou Fatoumata, Drabo Maxime, Badini-Kinda Fatoumata, Macq Jean, 2013, « Les personnes âgées en Afrique subsaharienne : une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques », *Santé Publique*, Vol. 25, n°3, p. 367-371.
- Bonin Mathilde, Combe Loraine, Fabre Florence, Auguste Nicolas, Achour Émilie et Gonthier Régis**, 2017, « Une vulnérabilité cachée et méconnue du sujet âgé : le syndrome de Diogène », *Populations vulnérables*, n°3, p. 167-186.
- Borgy Jacques**, 2005, « La vie affective de la personne âgée ». *Canal Psy*, n°67, 4-7.
- Bourdieu Pierre, 1963, « La société traditionnelle. Attitude à l'égard du temps et conduite économique », *Sociologie du travail*, n°1, p. 24-44.
- Chebili Saïd, 1998, « Le syndrome de Diogène : état pathologique ou expression du libre arbitre ? », *Synapse*, n°144, p. 35-38.
- Chiland Colette**, 1989, *L'entretien clinique*, Paris, PUF.
- Cyssau Catherine**, 2003, *L'entretien clinique*, Paris, in Press eds.
- De M'Uzan Michel**, 1997, *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard.
- Dressaire Déborah, et Brouillet Denis**, 2006, « Effets de la vie en institution des personnes âgées sur leurs stratégies de faire face et sur leur difficulté à verbaliser leurs émotions (alexithymie) », *Bulletin de psychologie*, vol. 486, n°6, p. 605-613.
- Ducasse Déborah, Alezrah Charles, Benayed Jalel, Arbault Denis, Bardou Hervé, Meniai Mostéfa et Ferrer Isabelle**, 2011,

« Réflexions autour d'un cas clinique de syndrome de Diogène et ses liens avec la psychose », *L'information psychiatrique*, vol. 87, n°9, p. 733-739.

Ernest Caroline, Murat Corine, Pottier Aurélie et Vasseur Marion, 2009, « Mal-être, révélateur de fragilités, *Spécificités*, vol. 2, n°1, p. 33-42.

Ferrey Gilbert et Le Gouès Gérard, 2008, *Psychopathologie du sujet âgé*, Paris, Masson.

Freud Sigmund, 1925, « Deuil et mélancolie », *Métopsychoanalyse*. Paris, Gallimard, 1983.

Fromage Benoit, 2021, « accompagner la personne en deuil à l'aide du dispositif épreuve des trois arbres », *Revue québécoise de Psychologie*, vol. 42, n°1, p. 31-47

Gning Sadio-Ba, 2013, « Les femmes dans le secteur informel aujourd'hui : indépendantes et exploitées ? », *Travail et genre dans le monde. L'état des savoirs* dirigé par M. Maruani M., Paris, Éditions La Découverte, p. 336-344.

Golaz Valérie, 2013, « La dépendance en Afrique. Prise en charge familiale et accès aux soins de santé », *Gérontologie et société*, n°145, p.77-89.

Hampate Ba Amadou, 1960, Discours. Unesco

Hanon Cécile, 2004, « Le syndrome de Diogène, une approche transnosographique », *L'encéphale*, n°30, p. 315-322.

Herfray Charlotte, 2007, *La vieillesse en analyse*, Toulouse Érès.

Kouamé Aka, 1990, *Le vieillissement de la population en Afrique*, Ottawa, CRDI.

Mahara J. Pranitha, 2013, *Aging and health in Africa. International perspectives on aging*, Boston, Springer.

Monfort Jean Claude, 2001, « Spécificités psychologiques des personnes très âgées », *Gérontologie et société*, vol 24, n°98, p. 159-187.

Monfort Jean Claude, Manus A et Piette E F, 1994, « Troubles névrotiques et anxio-dépressifs de la personne âgée », *Guide pratique de psychogériatrie*, t. 2, Paris, Elsevier.

MacMillan Donald (1957), "Psychiatric aspects of social breakdown in the elderly", *R Soc Health J*, n°77, p. 830-836.

Marty François et Marcelli Daniel, 2015, *Psychopathologie générale des âges de la vie*. Paris, Masson.

Onanga Annie Christiane, 2019, *Vieillesse et prise en charge des personnes âgées au Gabon : quels défis pour les familles et l'État ?* Thèse pour le doctorat 3ème Cycle en sociologie, Université de Tours.

- Pailé Pierre et Muchielli Alex**, 2012, *L'analyse qualitative en sciences humaine*, Armand Colin.
- Pison Gilles**, 2009, « Le vieillissement démographique sera plus rapide au Sud qu'au Nord », *Population et Sociétés*, vol. 457, n°6, p. 1-4.
- Schmitt Aurore**, 2005, « Une nouvelle méthode pour estimer l'âge au décès des adultes à partir de la surface sacro-pelvienne iliaque », *Bulletins et mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, vol. 17, n°1-2, p. 89-101.
- Siboni Sylvain**, 1991, La vieillesse est un exil, *Hommes et Migrations*, n°1140, p. 21-26.
- Tabboni Simonetta**, 2006, *Les Temps sociaux*, Paris, Éditions Armand Colin.
- Talpin Jean-Marc**, 2011, « Penser le vieillissement. Entre pathologie et création », *Études*, vol. 415, n°7-8, p. 43-53.
- Terenzi Seixas Clarissa**, 2102, *Histoire de vieux : un regard sur le quotidien des personnes âgées au Brésil*, Thèse de Doctorat en Sociologie, Université René Descartes Paris V, [http// www.theses.fr.2012PA05HO](http://www.theses.fr.2012PA05HO)
- Thomas Louis-Vincent**, 1991, Une société pour traquer la mort, *Gérontologie*, vol.3, n°58, p. 5-17.